Edgar ...

DU MASSAGE

DANS LES

FRACTURES DU PÉRONÉ

PAR

Pierre CONDAMIN
Docteur en médecine de la Faculté de Paris

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1893


22500337230

DU MASSAGE

DANS LES

FRACTURES DU PÉRONÉ

PAR

Pierre CONDAMIN

Docteur en médecine de la Faculté de Paris

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Le professeur Le Fort, dans le service duquel nous nous trouvions en 1889, à l'hôpital Necker, inaugura chez ses malades le traitement par le massage d'un certain nombre de fractures du péroné. Notre excellent ami M. J. Fège, qui nous a donné le sujet de cette thèse, fut chargé spécialement par le professeur Le Fort du traitement de ces affections ; il voulut bien nous confier à cette époque, et depuis lors, plusieurs fractures à masser, et c'est le résultat de quelques-unes de nos observations personnelles que nous avons pensé à présenter.

Le massage des fractures du péroné est une question jugée, nous disait un de nos excellents maîtres ; le seul et unique traitement, c'est l'immobilisation. C'est précisément contre cette opinion que nous nous élevons ; notre modeste travail n'a pas la prétention de démontrer que toute frac-

ture du péroné doit être massée, car nous faisons aussi nos restrictions, mais ce que nous voulons hautement affirmer, c'est que dans un grand nombre de cas, ce traitement doit être appliqué sans crainte des accidents ou des complications que redoutent tant les adversaires du massage. C'est ce que nous tâcherons de démontrer à l'aide de nos quelques observations personnelles, et aussi de celles qui nous auront été directement fournies ou que nous aurons puisées dans les divers travaux consacrés à cette importante question.

Cette méthode de traitement étant de date toute récente, nous n'aurons à dire de son historique que quelques mots qui suffiront à notre sujet; après avoir établi l'action physiologique du massage, et discuté sa valeur thérapeutique, nous ferons suivre quelques observations et les conclusions qui en découleront, de l'exposé du manuel opératoire.

M. le professeur Duplay a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous tenons, avant d'aborder notre étude, à lui adresser nos remerciements respectueux.

HISTORIQUE

Dans l'antiquité, Hippocrate paraît seul avoir entrevu les fractures du péroné. Après Hippocrate, il faut traverser une longue suite de siècles pour voir cette lésion étudiée et décrite par les auteurs.

Vers 1770, Claude Pouteau, chirurgien de Lyon, consacra un mémoire à l'étude de ces fractures. Ne rien faire, est, selon ce chirurgien, la conduite la plus sage à tenir ; il se borne à l'expectation : les malades, dès lors, guérissent avec une difformité qui rend la marche très pénible, quelquefois impossible.

Boyer, le premier, traita convenablement ces fractures : son appareil contentif se compose de deux attelles qu'il remplace au bout de quarante jours environ par un simple bandage roulé, et le malade commence à marcher avec des béquilles.

Dupuytren applique un coussin sur le côté externe de la jambe, recouvre ce coussin avec une attelle qui déborde le pied de dix centimètres, et attire le pied en dedans au moyen d'une bande

dont un chef est fixé à la partie inférieure et libre de l'attelle.

Maisonneuve emploie l'appareil dextriné quand il n'y a pas de déplacement ; s'il y a déplacement, il applique par dessus l'appareil de Dupuytren, jusqu'à dessiccation de l'appareil inamovible.

Malgaigne, pour les fractures sans déplacement, conseille le simple repos, ou mieux, deux coussins latéraux soutenus par deux attelles. Quand le gonflement a disparu, on pose un appareil dextriné. Quand il y a déplacement, on réduit la fracture, on applique sur le côté interne du membre un coussin replié, de l'autre, un coussin dont l'épaisseur augmente parallèlement vis-à-vis de la malléole externe et l'astragale, le tout soutenu par deux attelles latérales qui descendent toutes les deux au delà de la plante du pied. Pour les cas rebelles, il conseille le plâtre coulé.

En 1874, Bourguet (d'Aix), Dubreuilh (de Montpellier), emploient le massage dans les fractures juxta-articulaires et publient des observations.

Dès 1884, Berne (de Paris) avait expérimenté le massage appliqué au traitement des fractures du péroné. Les expériences eurent lieu à l'hôpital Lariboisière dans le service du professeur Duplay.

En 1886 parurent les travaux de Lucas-Championnière ; puis deux de ses élèves, Maison et Lapervenche, font du traitement par le massage dans les fractures juxta et para-articulaires, le sujet de leur thèse.

En 1887, Berne publie un article sur la technique du traitement des fractures par le massage.

Masse (de Bordeaux) montre, en 1887, les bons effets que l'on peut obtenir du massage, destiné à prévenir l'atrophie musculaire, d'après le travail de Metge (thèse, Bordeaux, 1887).

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU MASSAGE

L'étude de l'action physiologique du massage permet d'expliquer facilement ses merveilleux effets dans la cure des fractures.

Il facilite les fonctions de sécrétion et d'excrétion cutanée, rend l'afflux du sang plus facile, ainsi que les phénomènes d'endosmose ; il modifie la circulation générale, la nutrition, la contractilité musculaire, et rend les mouvements plus aisés. Dissipant les infiltrations, il active les phénomènes de résorption ; la synovie devient plus fluide, et les ligaments regagnent leur souplesse ; il donne enfin aux articulations une plus grande liberté.

On ne saurait méconnaître, disait Piorry, sa triple manière d'agir : sur la peau, sur les muscles et sur les articulations.

On ne peut contester les avantages que peut retirer le malade du bon fonctionnement de la peau du membre fracturé. D'autre part, l'inacti-

vité du muscle l'expose à l'atrophie, et le massage, au contraire, lui permet de conserver ses proportions normales. Enfin, comme il est un modificateur puissant de l'absorption, il la rétablit, si elle est suspendue, ou bien l'active et la généralise.

Les expériences de Mosengeil ont jeté un jour nouveau sur la question ; cet auteur, après avoir injecté une solution d'encre de Chine dans les articulations coxo-fémorales d'un lapin, a massé l'une et négligé l'autre ; du côté massé, la diffusion du liquide a été rapide : il est poussé dans les vaisseaux lymphatiques et jusque dans le tissu conjonctif de la cuisse ; sa direction va du centre à la périphérie.

Lapervenche, dans sa thèse de 1887, cite trois observations avec autopsie, les malades ayant succombé à la violence du traumatisme ou à des accidents consécutifs, et chez lesquels quelques séances de massage avaient été effectuées. Chez aucun, il n'a trouvé, au pourtour de l'articulation, de sang épanché en caillot ; il est répandu dans toutes les mailles de tissu cellulaire. Or, nous avons personnellement eu l'occasion de faire quelques autopsies de malades atteints de fractures datant de moins de quinze jours, et nous avons toujours trouvé un épanchement de sang assez considérable au voisinage de la fracture, au pourtour et à l'intérieur de l'articulation.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU MASSAGE

L'immobilisation des jointures, comme le dit Lucas-Championnière, a des inconvénients sérieux, particulièrement chez les gens qui ne sont plus jeunes, et l'immobilisation de certaines fractures est particulièrement redoutable à ce point de vue. Toute fracture qui se fait au voisinage d'une articulation est appelée à déterminer momentanément des phénomènes d'enraidissement articulaire qui s'accompagnent presque toujours de douleurs plus ou moins vives et d'une impotence plus ou moins prolongée du membre correspondant. Il est fréquent de voir des douleurs persister au niveau d'une articulation tibio-tarsienne, longtemps après une fracture du péroné.

L'habitude d'immobiliser quand même les os atteints de fractures, répond-elle à un besoin de leur réparation ? Dans nombre de circonstances, les os fracturés non immobilisés ou très incomplètement immobilisés se réparent parfaitement bien,

surtout s'il s'agit de fractures où la tendance au déplacement des fragments est peu considérable.

Il est arrivé nécessairement, à une époque où la pratique du massage était l'apanage des empiriques, que nombre de fractures du péroné ont été massées, sans que l'on crût à des entorses compliquées, car la plupart de ces fractures ne sont que l'expression finale d'une entorse violente : le ligament, dont la résistance est considérable, na' pas cédé au traumatisme ; la pointe ou la marge de la malléole ont été arrachées, ou bien l'os, en flexion exagérée, a été brisé au point le plus faible. Or, n'est-il pas en faveur du traitement que nous préconisons, ce fait que des fractures du péroné massées par des rebouteurs incapables de faire un diagnostic, guérissent rapidement et sans accidents, car on ne peut contester, même entre les mains de ces individus, la rareté des complications ?

Souvent, la fracture du péroné a moins de gravité, au point de vue fonctionnel, que l'entorse ordinaire. On a vu des malades marcher, sans se douter, ou même sans vouloir admettre qu'ils avaient un os de la jambe fracturé. Dans ces cas, le traitement par le massage doit être institué sans hésitation. Mais nous devons bien établir ce qu'on entend obtenir : certains cliniciens croient que le massage est seul capable de guérir la fracture et d'assurer la consolidation parfaite. Les adversaires du massage objectent victorieusement

que la fracture du péroné guérit très souvent d'elle-même, sans que le malade se soit douté des suites de l'accident.

En effet, certains individus se relèvent après leur chute, marchent sans paraître rien ressentir autre chose qu'une douleur plus ou moins vive et une certaine gêne. Ils vont, comme d'habitude, à leurs occupations, puis, peu à peu, les douleurs s'atténuent et, au bout de douze à quinze jours, elles ont cessé.

Il existe de ces cas où tout se borne à ce que nous venons de décrire. Après quinze jours, la fracture est consolidée ; rien ne se fait plus sentir de ce côté. Le massage est-il donc si nécessaire ? Cette évolution n'est point la règle ; ces faits sont relativement rares.

On nous objecte encore que les plus beaux triomphes du traitement des fractures du péroné publiés et rapportés par certains auteurs, sont dus précisément à ce que le massage n'aurait pas été appliqué dans ces cas. A ceux-là, nous ne répondrons que par des faits cliniques. Nous mettons en parallèle, un peu plus loin, deux observations de fractures identiques du péroné, dont l'une a été traitée par le massage, et l'autre par l'immobilité, et force est bien, à leur lecture, de se convaincre que ces auteurs, de la bonne foi desquels nous n'avons pas, du reste, appris à douter, n'ont qu'une idée très incomplète du massage qu'ils rejettent si dédaigneusement.

Nous n'irons pas plus loin dans la discussion : nous voudrions seulement faire cesser un malentendu, une interprétation inexacte des faits. Dans aucun massage des fractures que nous avons pratiqué nous-même, et dont nous rapportons plus loin les observations, nous n'avons eu à observer aucune aggravation : ni bosses sanguines ou autres accidents, ni déplacements de fragments. Il faut donc attribuer au massage le véritable rôle qui lui convient. En diminuant le gonflement, l'œdème, il atténue d'abord la douleur pour la faire disparaître ensuite ; en hâtant la résorption de l'ecchymose, il débarrasse rapidement les fragments osseux du sang infiltré et épanché entre les deux extrémités ou sous le périoste : le travail de réparation ne fait qu'y gagner. De plus, il facilite les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et prévient l'empâtement des gaines du cou-de-pied. En outre il combat et empêche l'atrophie des muscles de la jambe, principalement de la région antéro-externe. Si même l'action du massage se bornait à la disparition de la douleur seule, cela serait suffisant, ce nous semble, pour faire adopter ce traitement.

Il est donc bien entendu dès maintenant, que la valeur thérapeutique du massage est limitée dans les cas présents. Nous savons parfaitement, en effet, que les fractures guérissent seules ; que certaines guérissent d'autant mieux qu'on y touche moins. Mais nous avons tenu à établir ici les

avantages du massage dans les fractures du péroné pour lesquelles il convient presque toujours. Aucun traitement n'accuse plus de rapidité dans la guérison complète : celle-ci ne demande pas plus de 12 à 18 jours après lesquels le malade peut reprendre son travail. Dès le début, suppression de la douleur, disparition rapide du gonflement, de l'ecchymose, possibilité de faire mouvoir le pied. Les malades peuvent se lever en moyenne à partir du huitième jour, parfois avant, quelquefois après le dixième. Ils ne sont plus retardés par une convalescence souvent longue après l'enlèvement des appareils plâtrés ou autres ; ils sont en état de travailler dès que le traitement a cessé.

Dans les fractures du péroné avec déplacement des fragments, nous ne pensons pas qu'il y ait intérêt à faire le massage précoce. On peut, si l'on veut obtenir plus rapidement le dégonflement de la région et la disparition de l'ecchymose, faire quelques séances, mais il est nécessaire de poser un appareil qui maintienne les fragments en place et qui immobilise l'articulation, sous peine de voir la consolidation très retardée. Une fois cette consolidation jugée suffisante, on pourra, après enlèvement de l'appareil, faire un massage général et méthodique de la région ; on évitera, par ce moyen, l'atrophie des muscles, ainsi que l'arthrite consécutive à l'immobilisation prolongée.

DES RÉSULTATS COMPARÉS
DU MASSAGE ET DE L'IMMOBILISATION

En 1887, le docteur Le Roy, dans sa thèse intitulée : « De la fracture marginale antérieure de la malléole externe », écrit :

« Tout d'abord, nous avons vu que le massage, loin d'amener la disparition de la douleur et de rendre rapidement la marche possible, est au contraire une cause d'augmentation de la douleur et d'impossibilité plus grande de la marche. »

Le traitement conseillé par cet auteur est le suivant : Dans les cas simples, c'est-à-dire sans déplacement, il est inutile d'appliquer un appareil inamovible ; le repos au lit, quelques topiques résolutifs maintenus par un bandage roulé, constitueront simplement la thérapeutique de cette fracture. Souvent, on pourra permettre au malade de se lever dès le quinzième jour, mais si à ce moment la douleur et la gène de la marche sont

encore trop considérables, on pourra se voir obligé de ne permettre la marche qu'un peu plus tard, jusqu'à un mois, par exemple, après la production de l'accident.

Nous nous trouvons donc en présence de malades immobilisés au lit pendant trois semaines au moins, et chez lesquels la marche reste, au bout de ce temps, encore douloureuse. Du reste, l'observation suivante, publiée dans la thèse de M. Le Roy, nous édifiera complètement sur la valeur de l'immobilisation dans les factures du péroné sans déplacement.

La nommée H... Augustine, âgée de 56 ans, blanchisseuse, est entrée dans le service de M. le professeur Le Fort, salle Sainte-Marie, n° 2, le 21 novembre 1886.

Il y a deux jours, la malade a fait une chute de sa hauteur dans les escaliers, et d'après elle, la plante du pied s'est tordue en dedans. Elle n'a pu se relever. Elle a gardé le lit pendant deux jours, avec des cataplasmes, croyant à une entorse. Mais la douleur et l'impossibilité de la marche persistant, elle est entrée à l'hôpital.

A son entrée, on constate : une ecchymose bleuâtre, peu foncée, occupe la face externe du dos du pied depuis la malléole externe; cette ecchymose est diffuse et ses contours sont mal délimités. Sous la malléole interne existe une

autre ecchymose plus foncée, bien délimitée, de la largeur d'une pièce de 2 francs. La face dorsale du pied droit est un peu tuméfiée et garde l'empreinte du doigt ; pas de tuméfaction en arrière de la malléole externe.

La pression avec le doigt sur la face antérieure de la malléole externe éveille une vive douleur, et la pression au niveau du ligament péronéo-tibial inférieur, à sa partie antérieure, est également douloureuse, mais cette douleur est beaucoup moins vive que quand la pression porte un peu plus en dehors. La pression sur les deux tiers postérieurs de la malléole externe, sur sa pointe, sur le collet ou la base de la malléole, n'éveille aucune douleur. Il en est de même de la pression à distance sur le péroné. La pression au niveau du faisceau péronéo-astragalien antérieur du ligament latéral externe est assez douloureuse. On n'éveille qu'une légère sensation douloureuse par la pression sur la malléole interne et sur le ligament latéral interne. Avec la pointe mousse d'un crayon, on peut se rendre compte du siège exact du maximum de douleur à la pression ; c'est suivant une ligne partant en avant de la pointe de la malléole externe et se dirigeant verticalement sur une hauteur de 4 centimètres environ vers le bord antérieur de l'extrémité inférieure du péroné. On croit sentir, mais vaguement, une dépression linéaire verticale, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la malléole externe.

A la mensuration avec le compas d'épaisseur, le diamètre antéro-postérieur de la malléole externe dans sa partie la plus large, mesure, à droite, 3 centimètres 6 millimètres, et à gauche, 3 centimètres 1 millimètre.

On ne peut imprimer aucun mouvement au fragment antérieur de la malléole externe. Donc, aucune crépitation.

Il n'y a aucune mobilité anormale transversale de l'astragale dans la mortaise péronéo-tibiale. Les mouvements que l'on fait imprimer au pied sur la jambe éveillent de la douleur, surtout l'adduction et la rotation de la plante du pied en dedans. La malade ne peut se tenir debout ni marcher.

Le diagnostic porté a été celui de fracture verticale par arrachement de la malléole externe droite.

Traitement : repos au lit ; compresses d'alcool camphré ; il n'était pas nécessaire d'appliquer un appareil plâtré puisqu'il n'y avait aucun déplacement osseux, ni aucune tendance au déplacement.

26 novembre. — Même état ; l'ecchymose est brun jaunâtre à sa périphérie.

9 décembre. — L'ecchymose a complètement disparu, mais la douleur et l'augmentation de volume de la malléole persistent.

25 décembre. — La malade commence à se lever depuis deux jours et peut marcher avec un soutien, bien qu'encore avec une certaine douleur.

Elle sort de l'hôpital et n'a plus été revue.

La guérison, chez cette malade, n'était donc pas complète au trente-cinquième jour.

En face de cette observation, et pour bien établir, par des faits précis et indiscutables, la différence des résultats donnés par le massage, nous placerons l'observation suivante, qui nous est personnelle, et dans laquelle la lésion est absolument identique :

(Observation personnelle.)

Sylvestre M..., âgé de 30 ans, cocher, entré le 2 juillet 1892 à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, n° 8.

Le malade est tombé la veille de voiture et ne peut fournir aucuns détails sur sa chute. Gonflement considérable de toute la région de la malléole externe.

La région marginale est déformée, et la douleur très vive est nettement localisée au bord antérieur.

5 juillet. — Première séance de massage.

6, 7, 8 juillet. — La région marginale est moins œdématiée et moins douloureuse.

9 juillet. — La douleur quoique beaucoup moins vive, persiste toujours à la marche.

12 juillet. — Le malade se lève et commence à marcher.

13 juillet. — Le malade s'est bien trouvé de la marche. Il a ressenti pendant quelques heures un picotement assez vif, avec sensation de chaleur, au niveau de la marge.

15 juillet. — Le gonflement a complètement disparu. On sent une petite dépression à 1 centimètre du bord antérieur de la malléole externe, ayant une étendue de 4 centimètres environ, et correspondant à la région restée encore un peu douloureuse.

16-17 juillet. — Toute trace de douleur a disparu. Le malade peut marcher deux heures sans fatigue.

Le 18 juillet, il sort de l'hôpital marchant très bien.

Notre malade était donc complètement guéri seize jours après l'accident. On nous objectera la différence d'âge des deux blessés : le nôtre a 26 ans de moins que celle de M. Le Roy. Mais nous répondrons à cette objection par un fait clinique ; en effet, nous n'avons qu'à nous reporter à l'observation VI que nous avons empruntée aux travaux de Lucas-Championnière sur cette question : le malade a 59 ans, soit 3 ans de plus que celle de M. Le Roy, et sort guéri de l'hôpital quatorze jours après sa chute.

Nous citerons encore une observation qu'a bien voulu nous donner le docteur Beurnier, notre ancien chef de clinique à l'hôpital Necker. Chez ce malade, il est particulièrement intéressant de remarquer que les deux traitements, immobilisation et massage, ont été séparément effectués. Quant aux résultats, ils ont été très différents. — Le même malade, immobilisé pour une fracture du péroné, ne reprit l'usage du membre lésé que sept semaines après l'accident ; traité par le massage, au contraire, pour une fracture identique du côté opposé, il sort de l'hôpital huit jours après sa chute.

Son histoire est donc intéressante à double titre :

Le nommé X..., 32 ans, entre à l'hôpital de la Pitié en juillet 1890, pour une fracture de la malléole externe droite, causée par une chute sur le bord d'un trottoir, le pied étant en adduction forcée. Douleur aiguë dès qu'il veut mettre le pied à terre, et impossibilité complète de la marche. Le malade est soumis matin et soir à une séance de massage de 20 minutes ; dans l'intervalle, le pied est simplement maintenu, ainsi que le bas de la jambe, par une bande de flanelle roulée. Le troisième jour, le malade qui jusque-là était resté au repos, se lève et marche

sans douleur. On continue le massage pendant encore cinq jours; et au bout de huit jours le blessé sort de l'hôpital et peut recommencer à se livrer à ses occupations d'homme de peine.

Trois ans auparavant, le malade avait été atteint d'une fracture absolument semblable et causée par le même mécanisme, au niveau de la malléole externe du côté opposé. Il avait été à ce moment soigné à la Pitié et immobilisé par M. Verneuil dans un appareil silicaté. L'appareil n'avait été retiré qu'au bout de vingt jours; il y avait alors une raideur considérable de l'articulation tibio-tarsienne, qui nécessita un traitement de plus d'un mois par les douches, les frictions et le massage. Ce ne fut que sept semaines après la fracture que le malade put recommencer à se livrer à son travail.

Malgré ces résultats, plusieurs chirurgiens nient encore les bons effets du massage.

Le professeur Tillaux dans son *Traité de chirurgie clinique* (1891), déclare qu'après avoir traité par cette méthode plusieurs de ses malades, à l'Hôtel-Dieu, il doit reconnaître qu'il n'y a pas trouvé grand avantage sur le repos.

Les praticiens, à l'heure actuelle, et non des moins éminents, sont nombreux qui professent que le massage, dans le cas que nous traitons, ne doit pas être élevé à la hauteur d'une thérapeutique. — Les traités classiques le signalent à

peine, et n'en font l'objet d'aucune étude. — Les auteurs du *Traité de chirurgie* (1885) citent simplement le procédé de Lucas-Championnière, sans s'y arrêter, et semblent donner la préférence à l'immobilisation:

Nous aurions mauvaise grâce à vouloir discuter des affirmations signées de tels noms. Nous nous bornerons à croire que s'il est des cas relatés par ces auteurs, où le massage est resté sans résultats c'est qu'il a été effectué d'une façon non méthodique et défectueuse, car en bonne compagnie, nous affirmons que jamais la guérison d'une fracture de la malléole externe sans déplacement, traitée par le massage, ne dépasse le vingtième jour.

Le manuel opératoire de M. Lucas-Championnière, bien décrit dans la thèse de Maison (1886) et Laperve̊nche (1886), diffère peu de celui que nous effectuons. — Nous décrirons en détail ce dernier procédé, et nous signalerons, en l'exposant, les quelques différences qui peuvent exister entre les deux.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. Fège.)

Joseph K., 38 ans, piqueur.

Le 27 avril 1889, à la gare de l'Ouest, en mettant un cheval en wagon, a reçu un coup de pied ayant porté sur le côté externe de la jambe, à trois travers de doigts au-dessus de la base de la malléole, a pu continuer à travailler quelques heures.

27 avril. — Gonflement énorme du pied et du tiers inférieur de la jambe droite. Ecchymose très étendue. La malléole interne est très douloureuse; à la partie inférieure, on constate un fort épanchement de sang. Le tibia ne présente rien de particulier. La malléole externe est également très douloureuse. Le péroné pressé à son extrémité supérieure accuse un point douloureux correspondant au point atteint par l'animal, à 3 travers de doigts au dessus de la malléole. A ce point très nettement limité on détermine une douleur très vive de détente. On sent une légère encoche; en appuyant plus fort on parvient à percevoir la crépitation osseuse. Le massage est immédiate-

l'œdème et l'épanchement derrière le tendon d'Achille.

Au niveau de la partie inférieure de la jambe, l'effleurage doit être fait avec le plus grand soin ; éviter tout d'abord la partie fracturée, reprendre l'effleurage à trois ou quatre travers de doigt au dessus et au dessous ; ne pas dépasser les gaines du cou-de-pied. Plus tard, quand il y a moins de gonflement et de douleur, effleurer, très légèrement d'abord, d'une manière plus énergique ensuite, en avant et en arrière de la fracture, en suivant les masses musculaires qui entourent le péroné, sans jamais toucher à l'os lui-même, ni presser directement dessus. Cet effleurage peut être fait avec les deux pouces, ou bien encore avec les pouces et la pulpe des doigts, qui saisissent entre eux les parties charnues. Lorsqu'on arrive au niveau de la fracture, il suffit de soulever les doigts de manière à respecter cette région.

Quand, après 6, 7, 8 jours, le malade est en état de marcher, masser les muscles de la jambe en pratiquant toutes les manipulations usitées en pareil cas. Nous donnons la préférence à l'effleurage et au tapotement exécuté très légèrement.

Ici, plus que jamais, la douceur doit présider à toute manœuvre. La durée des séances ne doit pas dépasser 20 minutes dans le commencement : plus tard, 25 minutes à une demi-heure conviennent fort bien.

Après 2 ou 3 jours, engager le malade à exé-

cuter des mouvements dans l'intervalle des séances, qui peuvent être répétées deux fois pendant 4 ou 5 jours ; on procure ainsi au malade un plus rapide soulagement. Ces mouvements peuvent être provoqués ensuite pour préparer le patient à se lever et à marcher. Il ne faut pas se hâter, d'ailleurs, de faire lever le malade ; on ne doit l'y décider que lorsque tout travail inflammatoire a complètement cessé, que le gonflement et l'ecchymose sont à peu près disparus. Du sixième au dixième jour en moyenne, les malades peuvent se lever sans danger. Ne pas manquer de les prévenir qu'il y a grand inconvénient à s'arrêter debout ; qu'ils ne doivent pas dépasser, le premier jour, une demi-heure de marche, et qu'à la moindre fatigue ils doivent se coucher ; les avertir également de ces picotements qui surviennent au niveau de la fracture et leur rappellent qu'ils se sont livrés à un léger excès. Ils verront diminuer de jour en jour l'intensité de cette douleur qui disparaît complètement en trois ou quatre jours. Le temps nécessaire à la guérison complète n'a jamais dépassé le dix-huitième jour chez les malades que nous avons personnellement traités.

M. Lucas-Championnière fait sur la partie à masser une application de vaseline ; nous nous servons plus volontiers de poudre de talc qui, mieux que la vaseline, favorise, à notre avis, le glissement.

Après chaque séance, Lucas-Championnière

enveloppe le pied d'ouate et défend au malade de se lever avant le dixième jour. Nous avons fait, au début, immédiatement après les premiers massages, un pansement humide avec de l'alcool camphré très dilué; nous y avons bientôt renoncé, les malades se plaignaient de ne pouvoir, gênés par le pansement, exécuter les mouvements que nous leur conseillons dès le deuxième jour. Tous nos malades se sont levés du sixième au huitième jour, c'est-à-dire trois jours au moins, avant la limite qu'assigne M. Lucas-Championnière, et nous n'avons jamais, chez eux, observé le moindre accident.

La moyenne du traitement est donc de quinze jours consécutifs de séances de massage, nécessaires pour mettre à l'abri de toutes complications. Il existe des cas de moindre durée, nous en rapportons un exemple, mais ils sont rares.

MANUEL OPÉRATOIRE

On doit se placer du côté du membre lésé. La jambe doit être couchée sur un coussin en plan incliné, le pied assez élevé. On débute par un effleurement très léger du dos, du pied et de la jambe, pratiqué de bas en haut en évitant la région de la fracture. Après quelques instants, lorsque la sensibitité est déjà moindre, on procède à un massage méthodique des différentes parties, pied et jambe jusqu'au genou. Refouler progressivement l'œdème derrière les malléoles, surtout du côté interne, en s'attachant à ne point faire souffrir le malade. Lorsque la tuméfaction diminue, effleurer avec le pouce ou les doigts les espaces tendineux qu'il faut dégager à leur tour. Il faut porter son attention sur les orteils, auxquels la liberté des mouvements doit être assurée dès le début. On continue ensuite par un effleurage circulaire, effectué autour des malléoles, en ne craignant pas de presser en arrière pour repousser

ment commencé. Au bout de quelques minutes la douleur est déjà bien atténuée; à la fin de cette première séance, le malade peut déjà remuer le pied et même lève un peu la jambe : il peut l'appuyer sans difficulté contre le bois de lit. Pansement humide recouvert d'une bande légèrement compressive.

28 avril. — Le gonflement est très diminué, ainsi que l'ecchymose. La douleur disséminée est de plus en plus atténuée.

29-30 avril. — Amélioration progressive de tous les symptômes. Le malade peut appuyer le pied sur le sol sans trop de mal.

1er mai. — Le malade demande à se lever; la ambe est toujours bandée comme le premier jour.

2 mai. — Le malade a très bien marché. Il a ressenti pendant deux ou trois heures un vif picotement avec sensation de chaleur au niveau du point lésé.

3, 4, 5 mai. — Le malade marche de mieux en mieux. La douleur, au point atteint, s'atténue de plus en plus. Le 5 mai, le malade reprend son travail.

OBSERVATION II. (Personnelle.)

Clément G., colleur de papier, âgé de 51 ans, entré le 2 janvier 1889 à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, n° 41.

A glissé dans la rue ; son pied droit a tourné. Il ressentit à ce moment une vive douleur, et ne put se relever.

2 janvier. — Le malade ne peut se tenir sur la jambe droite. Douleur au niveau de la malléole externe. Cette douleur est réveillée surtout par la pression et peut être limitée à trois centimètres de la pointe. Gonflement de la région et du dos du pied. Le massage est pratiqué pendant 25 minutes. Le gonflement diminue très sensiblement. Pansement humide.

3-4 janvier. — On voit apparaître l'ecchymose sur le bord externe du pied ; le gonflement et la douleur sont beaucoup diminués. Les orteils remuent bien ainsi que le pied.

5, 6, 7 janvier. — Les phénomènes s'améliorent de plus en plus ; les mouvements provoqués et spontanés sont indolores.

8 janvier. — Le malade se lève et marche.

10-13 janvier. — Le malade augmente tous les jours la durée de sa station hors du lit.

14 janvier. — La jambe n'est plus bandée. Le malade marche sans fatigue ni douleur. Le soir il ressent un léger picotement au point fracturé.

17 janvier. — Les picotements ont totalement disparu.

18 janvier. — Le malade est complètement guéri et peut reprendre de suite son travail habituel.

OBSERVATION III. (Personnelle.)

Claude P., sous-chef de gare, entré le 24 décembre 1891, à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, nº 30.

Est tombé le 22 décembre, le pied droit pris dans les rails du tramway.

24 décembre. — Douleur au niveau de la malléole externe, et bien localisée sur le bord antérieur au niveau de l'insertion du ligament péronéo-tibial inférieur. Large ecchymose longeant le bord plantaire. La région est tuméfiée, ainsi que la malléole interne qui présente cependant moins d'œdème et de gonflement.

Le massage est pratiqué pendant une demi-heure.

25 décembre. — La tuméfaction a sensiblement diminué ; la douleur est beaucoup moindre.

26-27 décembre. — Le malade va de mieux en mieux ; les mouvements sont indolores.

28 décembre. — Le malade appuie très bien son pied.

29 décembre. — Dernière séance de massage. Le malade se lève et peut marcher une demi-heure.

Le 3 janvier, le malade sort de l'hôpital complètement guéri, et marchant très bien.

OBSERVATION IV. (Personnelle.)

Paul L., âgé de 42 ans, cuisinier, entré le 3 mars 1892, à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, n° 45.

Est tombé le 1er mars, le pied droit pris sous lui en abduction. Le malade s'est relevé et a pu marcher encore une partie de la journée.

3 mars. — Gonflement et œdème de toute la région de la malléole externe. Douleur très vive au niveau du ligament péronéo-tibial inférieur. Légère teinte ecchymotique.

3 mars. — Première séance de massage. La douleur est sensiblement atténuée. Pansement humide.

4 mars. — Le gonflement a bien diminué ; plus d'ecchymose.

5, 6, 7 mars. — Amélioration sensible. Le malade appuie très bien son pied. Indolence absolue des mouvements provoqués et spontanés.

9 mars. — Le malade se lève et commence à marcher.

18 mars. — Douzième et dernière séance de massage. Le malade peut marcher une heure sans fatigue.

Le 21 mars, il sort de l'hôpital, ne ressentant plus rien.

OBSERVATION V. (Personnelle.)

J..., âgé de 33 ans, terrassier, entré le 10 mars 1892, à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, nº 4.

A reçu le 5 mars un éboulement de terre sur la partie inférieure et externe de la jambe droite. Le malade ressent sur le moment une légère douleur, mais qui ne l'empêche pas de travailler encore une heure environ. En revenant il fait un faux pas et tombe le pied droit tourné sous lui. Il ne peut se relever, et il lui est impossible de marcher, quoique pouvant un peu s'appuyer sur le pied malade.

10 mars. — Le tiers inférieur de la jambe présente un gonflement considérable, et une ecchymose qui s'étend sur tout le pied. A six centimètres au dessus de la malléole, le péroné accuse un point très douloureux; on sent à ce niveau une légère encoche.

15 mars. — Le massage est commencé.

16 mars. — L'œdème a notablement diminué, l'ecchymose a disparu.

17 mars. — Le malade se lève et la marche n'est pas douloureuse.

18 mars. — L'amélioration continue. Pas de douleurs.

Le 19 mars, le malade sort de l'hôpital sur sa demande et complètement guéri.

OBSERVATION VI

(Empruntée à M. Lucas-Championnière.)

André Charles, 59 ans, monteur en bronze, entré le 15 juin 1885, salle Lisfranc, n° 11, sorti le 29 juin.

Faux pas et chute. Vaste ecchymose de la face externe de la jambe et du pied droit; douleur à l'occasion des mouvements imprimés au pied, douleur réveillée par la pression en deux endroits, au niveau des ligaments, et aussi plus haut, en un point limité à la base de la malléole externe. Sensibilité extrêmement vive. Pas de déplacement, pas de mobilité. Le lendemain, premier massage très léger ; on n'applique ensuite, pour tout appareil, qu'un peu de ouate sur le cou-de-pied, et deux jours après, on recommence de nouveau le massage qui est mieux supporté que la première fois. Le malade reste au lit. Quatre séances de massage. Le 28 juin, c'est-à-dire treize jours après l'accident, le malade peut se lever et marcher assez facilement. Le lendemain, 29 juin, il se trouve guéri et demande à sortir. La marche est facile, non douloureuse; le séjour au lit n'a duré que treize jours, et il n'y a eu aucun accident.

Rappelons que le blessé avait 59 ans.

OBSERVATION VII

(Empruntée à M. Lucas-Championnière.)

Le nommé Treize Jean, âgé de 35 ans, commis, entré le 10 août 1885, salle Nélaton, lit n° 17 *bis*, sorti le 21 août.

Cet homme s'est fait une fracture du péroné droit en tombant dans la rue. La fracture siège à la base de la malléole ; la douleur provoquée est très vive. Rien aux ligaments ; pas de mobilité latérale, pas de déplacement. On n'applique pas d'appareil et on masse à plusieurs reprises le pied blessé. Les douleurs diminuent rapidement, et bientôt le malade se lève sans permission ; on ne peut pas le maintenir au lit ; il finit par quitter l'hôpital le 21 août, onze jours après son entrée.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à M. Lucas-Championnière.)

Le 25 août 1886, en descendant de tramway, je me tords le pied gauche (chute sur le bord externe). Malgré la douleur ressentie immédiatement, je puis faire, en boîtant, près de 500 mètres à pied, mais la gêne augmentaut, je suis contraint de rentrer chez moi en voiture.

Je me couche à mon arrivée, car le moindre mouvement détermine une vive douleur. Gonflement considérable du cou-de-pied aux parties antérieure et externe.

Mon ami le docteur Marcy constate que les parties tuméfiées sont douloureuses à la pression ; de plus, il détermine une douleur très vive et très limitée par une pression légère exercée sur la malléole externe, à trois centimètres environ au dessus de sa pointe.

Diagnostic : entorse ; fracture de l'extrémité inférieure du péroné par arrachement. Le lendemain, douleur spontanée moindre ; ecchymose très étendue située à la partie externe du cou-de-pied et remontant jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Mon ami, le docteur Beclère confirme le diagnostic porté.

Le 28, M. Lucas-Championnière reconnaît une fracture par arrachement, et prescrit, outre l'immobilité, des séances quotidiennes de massage, avec la recommandation d'éviter le foyer de la fracture.

Ce traitement n'est pas suivi à la lettre, car je ne garde qu'une immobilité relative et marche dans mon appartement à l'aide d'une canne. Chaque jour, séance de massage d'une durée de dix minutes à un quart d'heure, par mes amis les docteurs Debord (d'Orsay) et Marcy. Sous l'influence du massage, le gonflement et la douleur diminuent progressivement, et la marche devient moins difficile.

Le 31 août je pars pour la campagne où je fais chaque jour une courte promenade.

Le 6 septembre (le douzième jour après l'accident, et après neuf séances de massage), je reviens à Paris et puis me chausser de nouveau, aussi, je me mets à sortir et à marcher, la malléole simplement maintenue par une bande roulée. Il y a bien encore un peu de douleur et de gonflement le soir, mais au bout de trois semaines, ces symptômes ont complètement disparu, à tel point que plusieurs de mes confrères se refusent à admettre la possibilité d'une fracture, qui cependant avait été reconnue sans hésitation.

Actuellement je ne me ressens plus de rien, et puis, comme avant l'accident, fournir de grandes courses sans fatigue ni douleur. Moi aussi, j'aurais des doutes sur l'exactitude du diagnostic, si ma malléole externe du côté gauche n'était plus saillante et plus volumineuse que l'autre. (La circonférence du cou-de-pied atteint à 1 centimètre de plus que l'autre.)

Alger, 22 novembre 1886.

Docteur A. Cochez.

CONCLUSIONS

Le véritable traitement des fractures du péroné sans déplacement, est le massage.

Cette méthode a, sur l'immobilisation, l'avantage de faire rapidement disparaître la douleur, l'ecchymose, l'œdème de la région, et surtout de rendre au malade l'usage du membre lésé, quinze jours au moins avant l'époque où l'immobilisation lui dermettrait de se lever.

Le massage fait avec prudence et douceur donne toute sécurité contre les complications possibles, mais qui n'en sont jamais la conséquence.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Claude Pouteau. — Mémoires sur les fractures du péroné. Œuvres posthumes, t. II, page 267.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales.

Dupuytren. — Mémoire sur les fractures du péroné.

Maisonneuve. — Mémoire sur les fractures du péroné. (Archives générales de médecine, 1840.)

Malgaigne. — Traité des fractures et des luxations (1847).

Rougedemontant. — Thèse, Paris, 1866.

Von Mosengeil. — Scalpel, nº 2, 1877.

Trélat. — Leçons sur les fractures du péroné. (Gazette des hôpitaux, 24 mai 1883.)

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, 1885.

Lucas-Championnière. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1886-1887.

Berne. — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 30 juin 1887.

Masse. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 3 juillet 1887.

Metge. — Thèse, Bordeaux, 1887.

Leroy. — Thèse, Paris, 1887.

Maison. — Thèse, Paris, 1887.

Lapervenche. — Thèse, Paris, 1887.

Revue d'hygiène thérapeutique. — Octobre-novembre, 1889.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, 1891.

Paris. — Imp. de l'Ecole de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.